Ped1(2010).qxd 3/5/10 17:46 Page 28

териальной терапии в связи с развитием осложнений (рис. 7). Выделенная от больных гемофильная палочка типа В оказалась чувствительной к ампициллину, амоксициллина клавуланату, хлорамфениколу, рифампицину, цефаклору, офлоксацину.

Особенностью течения эпиглоттита у детей является формирование дополнительных очагов бактериальной HIB-инфекции. Среди наших пациентов с эпиглоттитом развитие пневмонии отмечено в 14,3% случаев, бактериального риносинусита, отита или аденоидита – в 35,7% случаев, что согласуется с данными литературы.

Раннее восстановление проходимости дыхательных путей и адекватная антибактериальная, дезинтоксикационная и антипиретическая терапия являются залогом эффективности лечения пациентов с эпиглоттитом. Уже через 3,7±0,8 дня все больные переводились из РАО в инфекционное отделение плановой терапии, средний койкодень составил 14,0±0,8 дня.

Заключение

Таким образом, в связи с ростом числа заболеваний, обусловленных гемофильной палочкой типа В, врачи все чаще могут встречаться с проявлениями эпиглоттита у детей. Частота диагностических ошибок на догоспитальном этапе по-прежнему составляет от 42 до 100%, что делает эту проблему актуальной в условиях низкого уровня охвата детского населения вакцинацией против гемофильной инфекции. Учитывая тяжесть и быстроту развития угрожающих жизни симптомов при данном заболевании, каждый врач при наличии у ребенка клинической картины стеноза гортани прежде всего должен исключить эпиглоттит.

Современная диагностика эпиглоттита и его форм, осложненных сепсисом, бактериемией, развитием других очагов HIB-инфекции, раннее использование антибиотиков широкого спектра действия привели к существенному улучшению результатов лечения. Однако только специфическая иммунизация антигемофильными вакцинными препаратами может обеспечить защищенность детей от этой многогранной в своем проявлении и тяжелой инфекции. Учитывая этот факт, в Свердловской области вакцинация против гемофильной инфекции введена в календарь профилактических прививок детей с возраста 7 мес.

Элиминационно-ирригационная терапия при лечении аллергического ринита у детей

Е.П.Карпова, Е.Е.Вагина
Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

Аллергический ринит (АР) – хроническое заболевание слизистой оболочки полости носа, в основе которого лежит IgE-опосредованное аллергическое воспаление, обусловленное воздействием различных аллергенов и проявляющееся комплексом симптомов в виде ринореи, заложенности носа, чиханья и зуда в полости носа.

Аллергия – сложный системный процесс, вовлекающий разные органы и системы. Компоненты системного аллергического воспаления включают в себя ряд клеток и биохимических медиаторов, которые обеспечивают связь между очагами местного аллергического ответа и системной реакцией, начинающейся в костном мозге. В настоящее время аллергию считают серьезным системным иммуновоспалительным заболеванием с взаимосвязанными проявлениями.

В последние годы АР как проблема приобретает большую значимость из-за его высокой распространенности среди населения (от 10 до 40%), особенно в детской популяции. В России, согласно данным официальной статистики, АР встречается у 9–25% детей 5–8 лет.

Проблема АР заслуживает пристального внимания специалистов. В 2001 г. разработана программа ARIA (АР и его влияние на бронхиальную астму) Европейской группой экспертов в сотрудничестве с Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). Необходимость подготовки национальных клинических рекомендаций обусловила создание в 2002 г. научно-практической программы Союза педиатров России и Международного фонда охраны здоровья матери и ребенка «Аллергический ринит у детей».

Группа экспертов ВОЗ предложила классификацию АР, разработанную с учетом длительности сохранения симптомов и тяжести клинического течения заболевания. Данная классификация предполагает выделение интермиттирующего и персистирующего ринита на основании длительности сохранения симптомов. Кроме того, с учетом выраженности симптомов и степени ухудшения качества жизни выделяют легкий и среднетяжелый/тяжелый ринит.

Современная стратегия лечения АР направлена на предупреждение и купирование острых проявлений. Изучение механизмов развития заболевания позволило изменить стратегию лечения, повысить его эффективность, используя новейшие лекарственные средства, действие которых направлено на уменьшение воспалительного процесса, защиту, увлажнение и улучшение трофики слизистой оболочки носовых ходов, а также улучшение мукоцилиарного транспорта.

Лечение АР необходимо начинать с устранения контакта с причинно-значимым аллергеном. Это позволяет не только снизить клинические проявления заболевания, но и полностью их устранить, а в ряде случаев обеспечить обратное развитие болезни. К сожалению, выявить и удалить аллерген не всегда удается, особенно если у больного поливалентная сенсибилизация.

К элиминационным мероприятиям, проводимым при АР, относятся меры по снижению концентрации

Ped1(2010).qxd 3/5/10 17:46 Page 29

аллергенов и по возможности их устранению. Выделяют несколько основных направлений элиминационной терапии.

Элиминация аллергенов домашней пыли

- Удалить ковры и мягкие игрушки из спальни.
- Использовать безаллергенное постельное белье и воздушные фильтры в квартире.
- Тщательно убирать квартиру с использованием моющего пылесоса, проводить влажную уборку в спальне. Производить влажную уборку не реже 2 раз в неделю, причем использовать моющие пылесосы с одноразовыми пакетами и фильтрами или пылесосы с резервуаром для воды, особое внимание уделять уборке мебели, обитой тканями.
- Стирать постельное белье при температуре 60°С.
- Использовать защитные покрытия для постелей.

Элиминация пыльцевых аллергенов

- Стараться находиться дома во время сезона цветения причинных растений, плотно закрывать окна и двери.
- По возможности уехать в другую климатическую зону на время сезона цветения.
- Избегать регионов, где в воздухе может содержаться большое количество пыльцы.
- Использовать фильтры в автомобилях, носить защитные очки.
- Прогнозирование сезонов пыления растений и мониторирование концентрации пыльцы в воздухе.
- Не использовать наружно и внутрь средства, содержащие растительные компоненты.

Необходимо знать *три основных пика манифестации симптомов сезонного АР,* характерных для России:

- 1-й пик регистрируется весной (конец апреля–май) и обусловлен пылением деревьев (березы, ольхи, орешника, дуба, ясеня и др.);
- 2-й пик регистрируется в начале лета (июнь-июль) и связан с пылением злаковых трав (ежи, тимофеевки, овсяницы и др.);
- 3-й пик регистрируется в конце лета и осенью (август–сентябрь) в период пыления сорных трав (полыни, лебеды, подорожника, в южных регионах – амброзии).

Элиминация аллергенов домашних животных

- По возможности устранить домашних животных, птиц.
- Не пользоваться одеждой из шерсти и меха животных.
- Избавиться от тараканов, если они есть.
- Не допускать животных в спальню.
- Регулярно мыть животных.

Элиминация грибковой аллергии

- Устранить очаги плесени.
- Не находиться в сырых, плохо проветриваемых помещениях.
- Не допускать роста плесени в ванной, кухне; для уборки применять средства, уничтожающие плесень.
- Избегать контакта с лежалыми листьями и травой, так как они служат источником плесени.

Элиминация пищевой аллергии

- Избегать непереносимых продуктов.

АР вызывается контактом аллергенов со слизистой оболочкой носа организма, ранее сенсибилизированного данным аллергеном. В связи с этим обязательным звеном в лечении является ирригационная терапия с целью элиминации аллергена, которая включает группу разных методов и способов промывания полости носа и орошение буферными и солевыми растворами.

На фармацевтическом рынке нашей страны широко представлены готовые соляные растворы, в том числе морской воды, в виде спреев, обеспечивающих мелкодисперсное распыление жидкости в носу. До настоящего времени наиболее активно применялись изотонические растворы.

Готовые гипертонические растворы для интраназального применения давно широко применяются в странах Западной Европы, Северной Америки и Авст-

Ped1(2010).qxd 3/5/10 17:46 Page 30

ралии. Именно там с целью анализа клинической эффективности гипертонических растворов в ринологии были проведены многие работы. Важно, что значительная часть этих работ проведена в педиатрической практике [19, 24]. Исследования A.Talbot и соавт. (1997 г.) показали, что буферный (pH 7,6) 3% раствор хлорида натрия способен стимулировать мукоцилиарный транспорт [25]. В группе здоровых добровольцев (17%), промывавших полость носа гипертоническим буферным раствором, время транспорта сахарина уменьшилось в среднем на 3,1 мин, в то время как у лиц, использовавших для промывания изотонический буферный раствор, оно практически не изменилось.

Обращают на себя внимание результаты открытого рандомизированного исследования, проведенного W.Garavello и соавт. (2005 г.). Авторы установили, что при ежедневном промывании носа соляным гипертоническим раствором в течение 7 нед (в том числе в период контакта с аллергенами) у детей с проявлениями сезонного АР уменьшалось количество применяемых ими пероральных антигистаминных препаратов.

Отдельно изучался эффект гипертонического раствора солей Мертвого моря. Так, в проспективном рандомизированном слепом плацебо-контролируемом исследовании, проведенном S.Cordray, J.Harjo, L.Miner (2005 г.), показана высокая эффективность лечения АР (улучшение показателей качества жизни и снижение выраженности клинических симптомов) за счет промывания носа гипертоническим раствором солей Мертвого моря. Эффективность этого вида лечения была сопоставима с таковой у пациентов, которые в качестве терапии применяли спрей водного раствора триамцинолона [11].

В другом проспективном рандомизированном двойном слепом исследовании, проведенном M.Friedman, R.Vidyasagar, N.Joseph (2006 г.), доказано улучшение качества жизни пациентов с хроническим риносинуситом при применении назального спрея гипертонического раствора морской воды в течение 1 мес [12].

Опираясь на имеющиеся клинически доказательные исследования, можно считать обоснованным применение гипертонических соляных растворов при хронических воспалительных изменениях в полости носа и околоносовых пазухах (риносинуситах) как в стадии обострения, так и в качестве профилактики обострений хронического риносинусита, а также у пациентов с АР.

Спрей Квикс® (Берлин-Хеми АГ, Германия) – гипертонический раствор, содержащий 2,6% соли, созданный на основе воды Атлантического океана. Спрей Квикс® активно очищает носовые ходы, увлажняет слизистую оболочку полости носа и облегчает носовое дыхание. Раствор содержит более высокую концентрацию соли, чем слизистая оболочка полости носа (0,9%), представляющая собой изотоническую среду. Благодаря разнице концентраций создается осмотическое давление, избыточная жидкость из слизистой оболочки перемещается в полость носа. В отличие от спрея Квикс® изотонические растворы противоотечного действия не оказывают. Препарат разрешен к применению у пациентов всех возрастных групп, включая детей от 3 мес и старше, не имеет ограничений по применению при беременности и лактации. Спрей Квикс® оказывает исключительно местное воздействие, не вызывает системных побочных явлений, а также не вступает в нежелательные лекарственные взаимодействия. Допускается его длительное применение без риска возникновения привыкания. Препарат Квикс® выпускается во флаконе, снабженном антибактериальным фильтром, встроенным в насос, а также механизмом уплотнения наконечника. Это гарантирует защиту от попадания внутрь флакона микроорганизмов, находящихся в воздухе, а также отсутствие контаминации в течение всего периода использования и хранения спрея.

Таким образом, Квикс® помогает восстановить физиологические функции носа, что приводит к улучшению носового дыхания, уменьшению риска осложнений, улучшению качества жизни пациентов, страдающих ринитом на фоне аллергии, простуды, гриппа и других заболеваний.

Литература

1. Карпова Е.П., Соколова М.В. Ирригационная терапия аллергического ринита у детей. Вестн. отоларингол. 2007; 5: 23–4.

2. Карпова Е.П., Божатова М.П. Лечебная тактика при обострении хронического аденоидита у детей. Вопр. практич. педиатр. 2008; 3 (1): 85–8.

3. Карпова Е.П., Божатова М.П. Рациональные методы лечения ОРВИ у детей. Фарматека: мед. журн. 2008; 19: 89–92.

4. Кюлев А.И. Ирригационная терапия верхних дыхательных путей. М.: Медицина, 1987.

5. Лопатин А.С. Ирригационная терапия в ринологии. Рос. ринол. 2004; 3: 25–31.

6. Лопатин А.С., Акулич И.И. Оценка эффективности применения препарата «Аква Марис» после хирургических вмешательств в полости носа. Рос. ринол. 2003; 1: 43–6.

7. Лопатин А.С., Овчинников А.Ю., Свистушкин В.М. и др. Топические препараты для лечения острого и хронического ринита. Cons. Med. 2003; 5 (4): 219–22.

8. Adam P, Stiffman M, Blake RLJr. A clinical trial of hypertonic saline nasal spray in subjects with common cold or rhinosinusitis. Arch Fam Med 1998; 7 (1): 39–43.

9. Bachmann G, Hommel G, Michel O. Effect of irrigation of the nose with isotonic salt solution on adult patients with chronic paranasal sinus disease. Eur Arch Otorhinolaryngol 2000; 257 (10): 537–41.

10. Baraniuk JN, Ali M, Yuta A et al. Hypertonic saline nasal provocation stimulates nociceptive nerves, substance P release, and glandular mucous exocytosis in normal humans. Am J Respir Crit Care Med 1999; 160: 655–62.

11. Cordray S, Harjo JB, Miner L. Comparison of intranasal hypertonic dead sea salinespray and intranasal aqueous triamcinolone spray in seasonal allergic rhinitis. Ear Nose Throat J 2005; 84 (7): 426–30.

12. Friedman M, Vidyasagar R, Joseph N. A randomized, prospective, double-blind study on the efficacy of dead sea salt nasal irrigations. Laryngoscope 2006; 116 (6): 878–82.

13. Garavello W, Di Berardino F, Romagnoli M et al. Nasal rinsing with hypertonic solution: an adjunctive tretment for pediatric seasonal allerrgic rhinoconjunctivitis. Int Arch Allergy Immunol 2005; 137 (4): 310–4.

14. Karadag A. Nasal saline for acute sinusitis. Pediatrics 2002; 109: 165.

15. Keojampa BK, Nguyen MH, Ryan MW. Effects of buffered saline solution on nasal mucociliary clearance and nasal airway patency. Otolaryngol Head Neck Surg 2004; 131 (5): 679–82.

16. Krayenbuhl MC, Hudspith BN, Brostoff J et al. Nasal histamine release following hyperosmolar and allergen challenge. Allergy 1989; 44: 25–9.

17. Kurtaran H, Karadag A, Catal F, Avci Z. A reappraisal of nasal saline solution use in chronic sinusitis. Chest 2003; 124: 2036–7.

18. Nuutinen J, Holopainen E, Haahtela T et al. Balanced physio logic saline in the treatment of chronic rhinitis. Rhinology 1986; 24 (4): 265–9.

Ped1(2010).qxd 3/5/10 17:46 Page 31

19. Parsons DS. Chronic sinusitis: A medical or surgical disease. Otolaryngol Clin North Am 1996; 29 (1): 1–9.
20. Rabago D, Zgierska A, Mundt M et al. Efficacy of daily hypertonic saline nasal irrigation among patients with sinusitis: a randomized controlled trial. J Fam Pract 2002; 51 (12): 1049–55.
21. Rabago D, Zgierska A, Pasic T et al. Efficacy of hypertonic saline nasal irrigation for chronic sinonasal symptoms. Otolaryngol Head Neck Surg 2005; 133 (1): 3–8.
22. Rytila PH, Lindqvist AE, Laitinen LA. Safety of sputum induction in chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir J 2000; 15: 1116–9.
23. Seppcy M, Schweri T, Hausler R. Comparative randomised clinical study of tolerability and efficacy of Rhinomer Force 3 versus a reference product in post-operative care of the nasal fos sae after endonasal surgery. J Otorhinolaryngol Relat Spec 1996; 58 (2): 87–92.
24. Shoseyov D, Bibi H, Shai P et al. Treatment with hypertonic saline versus normal saline nasal wash of pediatric chronic sinusitis. J Allergy Clin Immunol 1998; 101 (5): 602–5.
25. Talbot AR, Herr TM, Parsons DS. Mucociliary clearance and buffered hypertonic saline solution. Laryngoscope 1997; 107 (4): 500–3.
26. Tomooka LT, Murphy C, Davidson TM. Clinical study and literature review of nasal irrigation. Larvngoscope 2000; 110 (7): 1189–93.
27. Wabnitz DA, Wormald PJ. A blind, randomized, controlled study on the effect of buffered 0,9% and 3% sodium chloride intranasal sprays on ciliary beat frequency. Laryngoscope 2005; 115 (5): 803–5.
28. Wolf G. Zur Regeneration des Zilienschlages humaner Flimmcnzellen. Laryngo-Rhino-Otologie 1991; 70: 552–5.

Кашель у детей: дифференциальная диагностика и тактика лечения

И.Н.Захарова, Ю.А.Дмитриева
ГОУ ДПО Российская медицинская академия последипломного образования Росздрава, Москва

Кашель (лат. tussis) у ребенка является одним из частых поводов обращения к педиатру. Это важнейший физиологический защитный механизм, способствующий удалению чужеродных веществ из дыхательных путей. Механизм развития кашля связан с раздражением соответствующих рецепторов блуждающего нерва, сконцентрированных в области рефлексогенных зон, к которым относятся слизистая оболочка гортани, бифуркация трахеи, крупные бронхи. При этом значение имеет как воздействие на «быстрые» или ирритативные рецепторы механических и химических раздражителей, так и на «медленные» С-рецепторы медиаторов воспаления [1]. Следует отметить, что количество рецепторов в бронхах сокращается по мере уменьшения их диаметра. В терминальных бронхах кашлевых рецепторов нет, что объясняет причину отсутствия кашля при их избирательном поражении при наличии симптомов дыхательной недостаточности [2]. Кашель может быть также вызван раздражением рецепторов, сконцентрированных в области наружного слухового прохода, слизистой оболочки придаточных пазух носа и глотки, а также рефлексогенных зон, расположенных на плевре, париетальной брюшине, диафрагме, перикарде. В то же время врач-педиатр не должен забывать о том, что кашель может сопровождать и другие заболевания, в частности патологию сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), центральной нервной системы (ЦНС) и др.

При болезнях органов дыхания характер и интенсивность кашля зависят от преимущественной зоны поражения. Так, для *ларингита* характерным является появление грубого, «лающего» кашля, сопровождающегося осиплостью голоса или афонией. При трахеите типично развитие сухого кашля с чувством саднения за грудиной. Аускультативная картина при поражении верхних дыхательных путей характеризуется появлением жесткого дыхания и часто хрипов проводного характера, исчезающих по мере стихания воспаления. При *бронхитах* кашель может быть разным в зависимости от характера патологического процесса и стадии заболевания. В дебюте острого бронхита чаще отмечается сухой малопродуктивный кашель с последующей его трансформацией в более влажный, глубокий. При этом если в первые дни заболевания аускультативная картина в легких характеризуется преобладанием сухих рассеянных хрипов, то по мере появления мокроты в легких начинают выслушиваться разнокалиберные влажные хрипы, уменьшающиеся или исчезающие при откашливании. При развитии обструктивного компонента за счет сужения просвета бронхов появляются сухие свистящие хрипы. Кашель становится приступообразным, сухим, навязчивым. В дебюте *пневмонии*, когда основной патологический процесс локализуется в альвеолах, кашель обычно не является основным симптомом заболевания и отмечается непродуктивное покашливание. В зависимости от объема поражения легочной ткани в клинической картине в первые дни заболевания может доминировать дыхательная недостаточность в сочетании с выраженными симптомами интоксикации и характерными изменениями, выявляемыми при проведении аускультации и перкуссии легких, – локальное ослабление легочного дыхания с наличием крепитирующих хрипов, притупление перкуторного звука над областью воспаления. Сухой непродуктивный кашель, возникающий на глубоком вдохе, сопровождающийся болью в области грудной клетки, типичен для плеврита.